



Zentrum für Diagnostik und Förderung (ZeDiF)  
Frangenheimstraße 4, 50931 Köln  
Telefon +49 221 470-6543  
Telefax +49 221 470-6544  
Mail: zedif-skillslab@uni-koeln.de

## Anmeldebogen

### Kind

Name \_\_\_\_\_  weiblich  männlich

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Muttersprache \_\_\_\_\_

- Besucht  Tagesmutter  Kindergarten  
 Grundschule  Hauptschule  
 Realschule  Gymnasium  
 Förderschule  Sonstige: \_\_\_\_\_

Anschrift und Telefonnummer der Tagesmutter/des Kindergartens/der Schule:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tagesmutter/Gruppenleitung/KlassenlehrerIn meines Kindes: \_\_\_\_\_

Falls Ihr Kind einen Förderschwerpunkt hat, um welchen Förderschwerpunkt handelt es sich dabei?

- Geistige Entwicklung  Lernen  
 Sozial-emotionale Entwicklung  Hören und Kommunikation  
 Körperlich-motorische Entwicklung  Sehen  
 Sprache  Sonstige: \_\_\_\_\_

Kann sich Ihr Kind lautsprachlich mitteilen?  Ja  Nein

Nutzt Ihr Kind Kommunikationshilfen?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind eine Sehbeeinträchtigung?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind eine Hörbeeinträchtigung?  Ja  Nein



Behandelnder Kinderarzt (Name, Telefonnummer):

---



---

Das Kind lebt bei:  beiden Eltern  Vater  Mutter  
 nicht bei den Eltern, sondern: \_\_\_\_\_

Sorgerecht  beide Eltern  Vater  Mutter  
 Vormund: \_\_\_\_\_  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

<b><u>Eltern</u></b>	<b>Mutter</b>	<b>Vater</b>
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Straße		
PLZ und Wohnort		
Telefon		
Muttersprache		
Berufsausbildung		
Derzeitige Tätigkeit		

<b><u>(Halb-/Stief) Geschwister des Kindes</u></b>		
<b>Name, Vorname</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Lebt bei</b>



**Vorstellungsgrund:**

In welchen Bereichen bestehen Fragen, Sorgen, Auffälligkeiten oder Einschränkungen?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung                    | <input type="checkbox"/> Emotionale Auffälligkeiten  |
| <input type="checkbox"/> Schulleistungen                         | <input type="checkbox"/> Soziale Auffälligkeiten     |
| <input type="checkbox"/> Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten       | <input type="checkbox"/> in Kindergarten/Schule      |
| <input type="checkbox"/> Rechenprobleme                          | <input type="checkbox"/> zuhause                     |
| <input type="checkbox"/> fächerübergreifend                      |  |
| <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeits-/Konzentrationsprobleme | <input type="checkbox"/> Essen, Ernährung            |
| <input type="checkbox"/> Körperliche Entwicklung                 | <input type="checkbox"/> Schlafen                    |
| <input type="checkbox"/> Fehlbildung                             | <input type="checkbox"/> Schreien                    |
| <input type="checkbox"/> Bewegung                                | <input type="checkbox"/> Trotzen                     |
| <input type="checkbox"/> Sprache                                 | <input type="checkbox"/> Anklammern, Trennungsängste |
| <input type="checkbox"/> Hören                                   | <input type="checkbox"/> Selbstständigkeit           |
| <input type="checkbox"/> Sehen                                   | <input type="checkbox"/> Sauberkeit, Trockenheit     |
| <input type="checkbox"/> Anfälle, sonstige unklare Zustände      |  |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____                         |  |
| _____  |  |

Welche Probleme stehen im Vordergrund? Zu welchen Aspekten, Verhaltensauffälligkeiten und/oder Behinderungen Ihres Kindes würden Sie gerne beraten werden? Was sind Ihre Sorgen und Beobachtungen bei Ihrem Kind?



**Vorbehandlungen:** Wurde Ihr Kind bereits an anderer Stelle untersucht/behandelt/vorgestellt?

Nein  Ja, an folgenden Stellen (wenn möglich: Name, Anschrift, Zeitraum):

- Physiotherapie \_\_\_\_\_
- Logopädie/Sprachtherapie \_\_\_\_\_
- Ergotherapie/Psychomotorik \_\_\_\_\_
- Heilpädagogik \_\_\_\_\_
- Frühförderung \_\_\_\_\_
- Erziehungsberatungsstelle \_\_\_\_\_
- Schulpsychologischer Dienst \_\_\_\_\_
- Kinder- und Jugendpsychiatrie \_\_\_\_\_
- Psychotherapie \_\_\_\_\_
- Sozialpädiatrisches Zentrum \_\_\_\_\_
- Ärzte \_\_\_\_\_
- Kinderkliniken/Ambulanzen \_\_\_\_\_
- Sonstige \_\_\_\_\_

Bisherige Diagnosen \_\_\_\_\_

Gab/gibt es eine Versorgung mit Hilfsmitteln?

Nein  Ja, folgende: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind Medikamente?

Nein  Ja, folgende: \_\_\_\_\_

Die Empfehlung zur Vorstellung im ZeDiF erfolgte durch:

- Kindergarten/Schule     Arzt/Ärztin                      Sonstige: \_\_\_\_\_
- Beratungsstelle         Verwandte/Freunde

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Name)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Wir danken Ihnen für Ihre Mithilfe! Das ZeDiF-Team